

# THESE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 19 juillet 1904. à 1 heure*

PAR

Georges COLLARD

Contribution à l'Étude

DES

# PHLÉBITES DES MEMBRES

CHEZ

## LE TUBERCULEUX

*Président* : M. HUTINEL, *Professeur.*

CHAUFFARD, *Professeur.*

*Juges* MM. } THIROLOIX, *Agrégé.*

MÉRY, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE  
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

# FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

|                                                                  |                |
|------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen</b> .....                                               | M. DEBOVE      |
| <b>Professeurs</b> .....                                         | MM             |
| Anatomie .....                                                   | POIRIER.       |
| Physiologie .....                                                | CH. RICHEL     |
| Physique médicale .....                                          | GARIEL         |
| Chimie organique et chimie minérale .....                        | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale .....                                | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                      | BOUCHARD       |
| Pathologie médicale .....                                        | HUTINEL        |
| Pathologie chirurgicale .....                                    | BRISSAUD       |
| Anatomie pathologique .....                                      | LANNELONGUE.   |
| Histologie .....                                                 | CORNIL.        |
| Opérations et appareils .....                                    | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale .....                          | RECLUS.        |
| Thérapeutique .....                                              | POUCHET.       |
| Hygiène .....                                                    | GU BERT        |
| Médecine légale .....                                            | N...           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                 | BROUARDEL.     |
| Pathologie comparée et expérimentale .....                       | DEJERINE.      |
|                                                                  | CHANTEM SSE.   |
| Clinique médicale .....                                          | LANDOUZY.      |
|                                                                  | HAYEM          |
|                                                                  | DIEULAFOY      |
|                                                                  | DEBOVE         |
| Maladies des enfants .....                                       | GRANCHER       |
| Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale ..... | JOFFROY        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....            | GAUCHER        |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                   | RAYMOND        |
|                                                                  | FERRIER        |
| Clinique chirurgicale .....                                      | BERGER.        |
|                                                                  | LE DENTU       |
|                                                                  | TILLAUX.       |
| Clinique ophtalmologique .....                                   | DE LAPERSONN   |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....                  | GUYON          |
| Clinique d'accouchements .....                                   | PINARI.        |
| Clinique gynécologique .....                                     | BUDIN          |
| Clinique chirurgicale infantile .....                            | POZZI.         |
|                                                                  | KIRMISSON.     |

## Agrégés en exercice

| MM.           | MM           | MM         | MM                   |
|---------------|--------------|------------|----------------------|
| ACHARD.       | FAURE        | LEGRY.     | RIEFFEL (chef des    |
| AUVRAY.       | GILLES DE LA | LEGUEU     | Travaux anatomiques. |
| BEZANCON.     | TOURETTE.    | LEPAGE     | TEISSIER.            |
| BONNAIRE.     | GOSSET.      | MAUCLAIRE. | THIERY.              |
| BROCA Auguste | GOUGET.      | MARION.    | THIROLOIX            |
| BROCA André.  | GUIART.      | MERY.      | THOINOT.             |
| CHASSEVANT    | HARTMANN     | POTOCKI.   | VAQUEZ.              |
| CUNEO.        | JEANSELME.   | RENON.     | WALLICH.             |
| DEMELIN.      | LANGLOIS.    | REMY.      | WALTHER.             |
| DEGREZ.       | LAUNOIS.     | RICHAUD.   | WIDAL.               |
| DUPRE         |              |            | WURTZ.               |

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MON PARRAIN  
M. LE DOCTEUR A. DEMOULIN  
Chirurgien des hôpitaux

A M. L'ABBÉ A. DIETTE  
Curé de Charny-le-Bachot (Aube)

A MES AMIS



A. M. LE DOCTEUR P. MAUCLAIRE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine  
Chirurgien des hôpitaux de l'Assistance Publique

*(Hommage de respectueuse reconnaissance).*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des hôpitaux  
Professeur de pathologie médicale  
Chevalier de la Légion d'honneur



## INTRODUCTION

En suivant les leçons de M. le docteur Hirtz, nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint de tuberculose pulmonaire au début et porteur d'une phlébite du membre inférieur gauche.

Cette phlegmatia ne pouvait dans ce cas particulier relever que des lésions analogues à celles présentées par l'appareil respiratoire.

Le diagnostic de phlébite tuberculeuse s'imposait.

Nous sommes parti de ce cas, pour étudier sur les conseils de notre maître, *les phlébites au cours de la tuberculose pulmonaire*.

Nous avons donné à notre travail, le titre suivant : *Les phlébites des membres chez le tuberculeux*, et pour cause : Nous avons eu en effet l'intention d'étudier chez cette variété de malades les lésions des gros troncs veineux, quelle que soit leur cause efficiente, que la phlébite releva d'une infection banale ou d'une infection spécifique.

L'enseignement que nous avons pris à l'hôpital nous avait montré en effet qu'il existait au point de vue pa-

thogénique deux variétés de phlébites des membres chez les tuberculeux : l'une, la plus fréquente des deux, était due à une infection secondaire, l'autre, rare, qu'il ne nous a été donné d'observer qu'un petit nombre de fois était spécifique, était due au bacille de Koch.

Pour entreprendre cette étude nous avons compulsé les travaux déjà publiés sur cette matière. Il nous a ainsi été très facile de voir par quelles phases successives la question des phlébites du tuberculeux avait passé. Nous avons vu également quelles étaient les idées actuellement admises sur ce sujet.

Aux observations publiées par nos devanciers, nous en avons ajouté quelques personnelles.

Avec un essai de classification de ces faits, une ébauche de description clinique, une étude des variétés de la phlébite des tuberculeux, ces observations forment la partie la plus importante de notre travail.

Le diagnostic de ces phlébites se déduira facilement de l'étude de leurs symptômes.

Un chapitre d'anatomie pathologique qui n'existait pas dans les premiers travaux d'ensemble faits sur ce sujet vient compléter le tableau clinique.

L'expérimentation a corroboré les données de l'anatomie pathologique. Elle est venue affirmer la possibilité et l'existence de phlébites bacillaires proprement dites. Elle fera dans notre travail la matière d'un chapitre de pathogénie.

Cet exposé clinique, anatomique et étiologique sur les phlébites du tuberculeux sera suivi de quelques mots de traitement.

Mais avant d'aborder ce travail, nous ne saurions oublier le devoir que la reconnaissance nous impose vis-à-vis des maîtres qui nous ont guidé. Le souvenir de leur enseignement nous suivra dans les difficultés de la pratique médicale et nous trouverons dans l'exemple qu'ils nous ont donné une règle de conduite fidèle.

A Lille, MM. les professeurs Derville, Baltus, en médecine, Faucon, Duret, en chirurgie, ont été pour nous des maîtres à qui nous garderons une vive reconnaissance.

A Paris, nous avons profité des savantes leçons de MM. les professeurs Tillaux, Dieulafoy, Pinard et de MM. les docteurs Moutard-Martin et Champetier de Ribes, nous leur en exprimons notre profonde gratitude.

Nous avons eu la bonne fortune de passer deux ans comme interne dans les hôpitaux du Havre.

Nous ne saurions trop remercier nos chefs de service : MM. les docteurs Leroy, Lecène, Walch, Caron, de la bienveillance avec laquelle il nous ont accueilli, des conseils expérimentés qu'ils nous ont toujours prodigués et de l'initiative personnelle qu'ils ont bien voulu nous donner dans leurs services.

N'oublions pas que M. le docteur Sorel nous apprend par le précepte et par l'exemple à quels merveilleux résultats peut conduire dans la pratique chirurgicale l'observance rigoureuse des règles de l'antisepsie et de l'asepsie alliée à la sûreté du diagnostic et à l'habileté opératoire.

Nos six derniers mois d'internat se sont passés dans

le service de M. le docteur Frottier qui fut pour nous un maître excellent.

Il a droit autant pour les preuves d'amitié qu'il nous a prodiguées que pour les connaissances précieuses qu'il nous a dispensées à notre affection et notre dévouement.

M. le docteur Hirtz a attiré notre attention sur l'objet de cette thèse, nous ne saurions trop lui exprimer la reconnaissance que nous lui gardons.

Nous ne devons pas oublier nos bons camarades d'internat, spécialement, MM. les docteurs Baudin et Le Nouène à qui nous envoyons un affectueux souvenir.

M. le professeur Hutinel a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il nous permette de lui adresser ici nos remerciements respectueux.

## HISTORIQUE

Nous n'avons pas à faire ici une étude historique de la question des phlébites en général. Nous n'avons pas à montrer qu'avant Cruveilhier on n'observa jamais d'une manière précise les œdèmes des membres rencontrés chez les accouchées ou les opérés. Il n'y a pas lieu non plus d'exposer le bien-fondé de la théorie de cet auteur, la théorie de l'inflammation des parois veineuses, ni les opinions erronées de Virchow. Il est en effet maintenant bien établi que les idées de Cruveilhier étaient plus proches de la vérité que celle de l'anatomo-pathologiste allemand ; et de nos jours, après les travaux de Weigert, Cornil et Babès, de Widal, de Vaquez, l'origine infectieuse de presque toutes les phlébites est admise.

Notre étude historique doit concerner plus particulièrement les phlébites du tuberculeux.

Bouillaud, en 1824, dans un mémoire ayant pour titre : « De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles » donnait des obser-

vations d'hydropisie chez des tuberculeux cachectiques. C'étaient les premiers cas bien observés de phlébites chez des sujets atteints de lésions pulmonaires. Les autres faits analogues qui furent publiés par la suite, les autres observations de thrombose veineuse chez des tuberculeux concernèrent toujours des malades arrivés à la période caverneuse.

Cruveilhier, dans ses travaux sur la phlébite (1834), fait ressortir la grande fréquence de cette lésion chez les tuberculeux cachectiques en particulier. Bouchut, dans un mémoire sur la phlegmatia alba dolens (1844) et sur la coagulation du sang veineux dans les cachexies et les maladies chroniques (1845), insistait particulièrement sur l'état avancé des tuberculeux porteurs de phlegmatia alba dolens. Il en tirait un argument pour sa théorie de la coagulation spontanée.

D'autres cliniciens, Andral, Trousseau (phlébite du bras), Louis, citent des observations dans lesquelles la phlébite annonçait la fin prochaine du caverneux.

Avec Virchow et les adeptes de sa théorie, les observations de phlébites chez les cachectiques se multiplièrent. C'est en effet surtout ces sortes de phlébites qui servirent pour donner des arguments en faveur de la thrombose primitive.

C'était dans la *thrombose marastique* que Virchow faisait jouer le plus grand rôle au processus tout mécanique qu'il invoquait. Chez ces tuberculeux cachectiques l'affaiblissement des fonctions respiratoires diminuait l'activité de la circulation du sang et contribuait avec la diminution de contractilité du cœur et des vaisseaux à

laisser stagner le sang dans le système veineux. Cette stagnation provoquait la coagulation.

Jusque là donc il n'avait été observé de phlébite chez des tuberculeux qu'au déclin de leur cachexie. Mais quand la théorie de Virchow fut battue en brèche, quand la nature infectieuse de la plupart des phlébites fut démontrée, l'on vit apparaître cette idée que la phlébite chez le bacillaire pouvait se montrer avant la période des cavernes.

Elle pouvait arriver au moment du ramollissement des tubercules. L'on assista même à une étude anatomique et bactériologique de la phlébite tuberculeuse.

Si, généralement, chez le cavitare, l'inflammation des veines n'avait aucun caractère spécifique, elle pouvait relever du bacille Koch quand surtout elle se manifestait chez un bacillaire à la période d'état, chez un sujet atteint de granulie pulmonaire, de tuberculose aiguë.

Nous devons, en cette occasion, citer les noms de Mérigot de Treigny, qui admet une phlébite concomittante au ramollissement des tubercules. De Brun donne une observation de phlegmatia au cours de tuberculose au premier degré. Damaschino avait observé des phlébites chez des bacillaires porteurs de lésions peu avancées. Hanot fit de semblables observations. M. le professeur Dieulafoy émet cette opinion que si la phlébite du cachectique est d'observation courante, l'inflammation des veines peut se rencontrer chez des sujets tuberculeux au début. Ball donnait des exemples de phlébites apparues au cours de granulie.

Les articles des traités de médecine donnent comme

possible la phlegmatia chez le tuberculeux avant la période de cachexie, mais, naturellement, ils la font exceptionnelle.

Ces observations cliniques, cette idée qu'une phlébite bacillaire spécifique pouvait se montrer, rarement à vrai dire, chez des sujets atteints de bacillose pulmonaire à la période d'état, fut rendue plausible par toute une série de constatations histo-bactériologiques.

MM. Chantemesse, Vaquez, Sabrazès et Mongour trouvaient le bacille de Koch dans les parois des veines enflammées.

La tuberculose des vaisseaux, de l'endothélium, de tout l'appareil circulatoire (endocarde-artères, veines) était l'objet d'études approfondies (Cornil-Babes, Letulle, Weigert-Benda, Meisels Lustig et Weichselbaum-Birch-Hirschfeld, Baretti, Etienne). L'expérimentation compléta les notions acquises par l'anatomie pathologique. (Lesné et Ravaut. *Recherches expérimentales sur la phlébite des tuberculeux.*)

La phlegmatia cachectique de la période des cavernes n'était donc plus la seule lésion des veines que l'on pouvait rencontrer chez un tuberculeux. La phlébite pouvait se montrer au cours d'une lésion pulmonaire du premier et du second degré, au cours d'une granulie aiguë.

Mais, qui plus est, l'on parla de phlébite précoce chez les tuberculeux, de phlébite ayant précédé toute manifestation de l'infection bacillaire.

M. Vaquez, dans son remarquable travail sur les phlé-

bites disait, à propos d'une observation de phlébite chlorotique, que celle-ci « pouvait tenir à la chlorose elle-même ou à une tuberculose pulmonaire à son début, tuberculose qui se cache souvent sous le masque chloro-anémique. »

M. Hirtz, dans un mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux, disait en 1894, que la « tuberculose des veines était plus souvent qu'on ne pense la manifestation précoce de l'infection bacillaire » ; il appuyait son dire sur une série d'observations cliniques.

Cette étude historique nous a montré par quelles phases successives a passé la description de la phlébite des membres chez le tuberculeux.

On ne connut d'abord que la phlegmatia du cachectique cavitare. Puis après la chute de la théorie de la thrombose primordiale, avec la théorie de la phlébite primitive, les cliniciens publièrent des observations de phlébites des membres au cours de la période d'état de la tuberculose pulmonaire. Enfin la prébacillose, elle aussi, s'est compliquée de lésions de l'endoveine. La phlébite a été quelquefois un accident prémonitoire de lésions pulmonaires tuberculeuses.

## OBSERVATIONS ET SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons donc pensé qu'il y avait lieu d'étudier cliniquement la phlébite aux différentes périodes de la tuberculose pulmonaire.

Nous avons adopté à ce point de vue les divisions suivantes :

La phlébite à la période de prétuberculose, le sujet est un individu en puissance de tuberculose, il est simplement bacillifère, sans être porteur de lésions tuberculeuses définies et se manifestant par une symptomatologie nette.

La phlébite chez le tuberculeux pulmonaire qui présente des signes caractéristiques d'induration des sommets ou même de ramollissement de ces régions.

La phlébite du tuberculeux cachectique, cavitairé, du sujet qui est en proie à la fièvre hectique.

Enfin la phlébite survenue au cours d'une tuberculose aiguë : granulie ou pneumonie caséreuse.

Pour cette étude clinique nous avons rassemblé des observations, les unes sont personnelles, les autres déjà publiées. Parmi celles-ci nous avons essayé de faire un

choix judicieux, des cas qui cliniquement parussent me relever d'une façon indiscutable que de la tuberculose du sujet.

Le lecteur s'étonnera peut-être de ne pas voir figurer dans le paquet de nos observations des cas de phlébites cachectiques.

Nous avons pensé que vu la fréquence de ces genres de lésions, il serait oiseux d'en publier ici des cas. D'ailleurs, comme l'étude historique nous l'a appris, leur étude en a été complètement faite par M. Vaquez et tous les traités en parlent longuement.

## Observations de phlébite précocore

### OBSERVATION I

Observation de M. Hirtz (Société médicale des hôpitaux)

*Séance du 8 juin 1894*

M<sup>lle</sup> de S..., dix-neuf ans. Grande, maigre, issue par son père, d'une famille névropathique, par sa mère de tuberculeux, est prise en l'année 1880, d'une phlébite aiguë de la veine saphène interne de la jambe gauche. Le diagnostic fut posé par mon regretté maître, Noël Guéneau de Mussy, mais la cause de la malade lui échappa tout d'abord. L'examen de tous les organes fut pratiqué avec soin et ne releva aucune lésion apparente ; on découvrit un léger souffle à la base du cœur, des bruits d'anémie dans les vaisseaux du cou et on se rattacha à l'idée d'une phlébite chez une chloro-anémique.

La résolution de l'inflammation veineuse fut assez rapide, le cordon qui existait très nettement à la partie inférieure de la

jambe disparut au bout de trois semaines en même temps que l'œdème malléolaire qui l'accompagnait.

La malade put se lever, l'état général s'améliora et la santé parut si bien remise que la jeune fille fut fiancée. L'hiver approchait, la famille partit pour Nice environ six mois après la guérison de la phlébite.

Au bout de six semaines de séjour dans le Midi, Mlle de S... fut prise d'accès de fièvre vespérale, son appétit diminua, elle maigrit rapidement et la famille inquiète fit examiner la malade par un de nos maîtres de passage à Nice. Il posa le diagnostic de tuberculose pulmonaire aigue. La malade rentrait le plus vite possible à Paris. A son arrivée nous constatâmes le bien fondé du diagnostic. La malade présentait tous les signes d'une infiltration tuberculeuse a forme granulique et succombait un mois après son retour.

L'année d'avant une de ses tantes avait été enlevée par une phthisie galopante.

## OBSERVATION II

M. Ed. Hirtz (*Société Médicale des Hôpitaux. Séance  
du 8 juin 1874*)

H..., journalier, entre à l'hôpital Beaujon, service du docteur Maillard, suppléé par le docteur Hirtz, en août 1889.

Il se plaint d'une douleur lancinante de toute la région interne de la cuisse droite s'irradiant dans l'aîne.

Depuis deux jours, sa jambe enfle légèrement vers le soir : le malade boite assez péniblement et est obligé d'interrompre son travail, qu'il faisait assez difficilement depuis une huitaine de jours.

Les antécédents héréditaires et personnels sont bons.

Il est aisé de constater que la douleur spontanée siège le long de la partie supérieure de la veine saphène interne. On sent dans l'étendue de 15 centimètres environ un cordon dur qui roule sous le doigt et qui est manifestement constitué par une phlébite de la veine saphène. Le diagnostic de phlébite est donc facile à établir. Il est plus malaisé d'en dire la cause. On ne trouve dans les antécédents du malade aucune maladie infectieuse ni pneumonie, ni typhoïde, ni grippe, ni rhumatisme, ni goutte, ni chlorose. On ne constate ni traumatisme, ni dilatations variqueuses.

Frappé cependant d'un certain amaigrissement chez H..., en même temps que d'un léger état fébrile vespéral et me rappelant plusieurs faits antérieurs où la phlébite avait été la manifestation d'une tuberculose jusque là silencieuse, je portai mon attention sur le poumon. Je constate au sommet gauche en arrière une tonalité plus élevée à la percussion et une respiration râpeuse.

A la suite d'efforts de toux suivis d'une profonde inspiration, craquements secs très limités.

En avant et du même côté, l'inspiration est simplement obscure et la voix un peu retentissante.

La phlébite guérit en trois semaines et le malade sortit de l'hôpital avec de la rudesse respiratoire persistante au sommet.

Il partit en convalescence à Vincennes, mais il s'enrhuma et quinze jours après il fut renvoyé dans le service : il avait maigri, accusait des sueurs nocturnes et toussait fréquemment.

Je fais constater aux élèves combien la lésion minime du sommet avait évolué rapidement.

Il existait maintenant un commencement de fonte appréciable, des râles sous-crépitants nombreux et une respiration soufflante.

### OBSERVATION III

Observation de M. Edg. Hirtz (*Société médicale des hopitaux*)  
*Séance du 8 juin 1894*

A... âgé de 48 ans, entré hôpital Saint-Louis, service des baraques, pour une phlegmatia de la jambe droite. Le cordon veineux se sent à la partie interne de la cuisse et la jambe est très enflée et douloureuse. Impotence fonctionnelle du membre. Pas de maladie grave antérieure. Fièvre de 39° le matin et 40° le soir, amaigrissement depuis quelques jours.

L'examen des organes ne révèle en ce moment rien d'anormal. On attribue la phlébite à un état variqueux des veines du membre, qui sont cependant à peine dilatées et qui n'avaient jamais éveillé l'attention du malade. L'examen de tous les organes reste négatif trois semaines après son entrée à l'hôpital, la fièvre qui avait disparu depuis 15 jours se rallume, le malade est pris d'une toux sèche, quinteuse, accompagnée de dyspnée continue et d'accès d'étouffements nocturnes. Apparence de bronchite légère avec emphysème aigu généralisé.

Bientôt on constate dans les sommets quelques râles sous-crépitants fins, amaigrissement rapide, marche de granulie, mort par asphyxie.

Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite, toute trace de phlegmatia avait disparu depuis 15 jours environ. L'évolution avait été rapide elle a duré environ une vingtaine de jours.

L'étude de ces observations nous montre que la phlébite qui surgit au début d'une tuberculose pulmonaire, ou qui la précède immédiatement, est une phlegmatie

qui touche surtout les veines superficielles, la saphène en particulier.

Les symptômes de toute phlébite s'y retrouvent; l'œdème blanc douloureux avec l'impotence fonctionnelle, la lourdeur du membre.

Mais ces symptômes sont très atténués et généralement ils ne sont pas au complet. La douleur est quelquefois peu marquée. Spontanée, elle se manifeste dans la partie interne de la cuisse et à la jambe. Elle entraîne une légère impotence fonctionnelle (obs. (I), mais souvent le malade continue à marcher. Elle est facile à exagérer par la pression. On la trouvera surtout en recherchant la veine saphène interne (obs. II et III), qui forme un cordon dur et sensible. L'œdème est peu intense en général.

Il ne survient que plusieurs jours après la douleur. Il est tremblotant, il n'est pas mou, n'admet pas le godet. Il augmente par la marche, diminue par le repos.

La circulation profonde semble peu gênée, car dans aucune observation nous n'avons noté de dilatations veineuses superficielles.

Ce qui, dans l'étude clinique de cette sorte de phlébite, est intéressant, c'est l'évolution.

Cette phlébite apparaît chez un sujet qui est seulement suspect de tuberculose. Rarement il est permis de percevoir des modifications du murmure vésiculaire aux deux sommets. Le malade est pris insidieusement par sa phlébite, ce n'est d'abord qu'une douleur qui le gêne, mais ne l'empêche pas de circuler.

L'apparition de l'œdème immobilise seule le malade.

Cet œdème, ainsi que la douleur, s'atténuent d'ailleurs rapidement et en quinze ou vingt jours au plus tout est terminé. Il ne reste plus de vestiges de la phlébite, dont la cause passerait inaperçue si des manifestations de la tuberculose des sommets ne se montraient pas. C'est souvent la fièvre qui met en éveil le clinicien. Cette fièvre d'ailleurs ne s'est pas manifestée au début de l'infection veineuse. Jamais il n'a été permis de trouver l'ascension thermométrique prémonitoire de la phlegmatie puerpérale. L'état général, au cours de cette phlébite de la tuberculose au début est toujours bon ; il ne s'aggravera que par la suite, si la tuberculose pulmonaire évolue. **Aucun exemple d'embolie n'a été signalé.**

Une phlegmatia qui survient chez un sujet suspect de bacillose devra mettre en éveil l'observateur. Il devra donc chercher attentivement si le sujet ne présente pas des signes pulmonaires, et à défaut d'autres causes d'infection il sera autorisé à mettre cet accident sur le compte de la tuberculose. Cette tuberculose souvent d'ailleurs évoluera et viendra confirmer le diagnostic étiologique.

**Observations de phlébite chez des tuberculeux  
au premier et au second degré**

**OBSERVATION IV (personnelle)**

*recueillie dans le service de M. le docteur Hirtz*

Acca Victor, âgé de 44 ans. Palefrenier. Salle Chauffard, lit n° 15. Entré le 20 mai 1904. Décédé le 24 juin.

Antécédents héréditaires et collatéraux. Rien de particulier à signaler. Pas de tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. Notre sujet dit n'avoir jamais eu une heure de maladie. Il a fait 5 ans de service militaire pendant lesquels il a toujours été très bien portant. Pas de syphilis.

Ce n'est que l'hiver dernier, à la suite de misère, de privations et de fatigues excessives, qu'il a senti ses forces diminuer. En janvier dernier, une toux sèche le prend fréquemment dans la journée. Il est facilement en transpiration. Sueurs nocturnes. Très rapidement fatigué par ses travaux il est obligé de choisir une occupation moins pénible. Il s'amaigrit assez notablement pour qu'il s'en aperçoive sans se peser.

Au mois de mars, l'état général devient moins bon. La toux est plus fréquente, l'amaigrissement s'affirme, la fatigue vient vite au cours du travail, l'essoufflement apparaît au moment d'un effort un peu marqué. Le malade qui, jusque là ne crachait pas, expectore quelque peu.

Il n'a pas et n'a pas encore eu d'hémoptysie.

Le malade, malgré une légère suralimentation, ne voit pas son état s'améliorer, rentre à l'hôpital Necker.

A son entrée, nous constatons des symptômes fonctionnels suivants : Légère oppression, toux quinteuse fréquente, surtout la nuit, toux qui fatigue beaucoup le malade. Affaiblissement qui inquiète le malade. Légère anorexie.

L'examen nous le montre amaigri, le malade pèse 72 kgr. au lieu de 80 kgr. il y a trois ou quatre mois.

L'expectoration est plus abondante, mais purulente.

L'examen bactériologique nous montre la présence du bacille dans les crachats ; bacilles non en quantité excessive, mais discrète.

Pas de filets sanguinolents dans l'expectoration.

L'examen complet du sujet permet de révéler d'abord du côté du *poumon*, les symptômes suivants : Percussion. Submatite accentuée dans les deux fosses sus-épineuses et sous les deux clavicules, très accentuée dans la forme sus-épineuse gauche. Les deux sommets pulmonaires sont très résistants au doigt, les vibrations y sont augmentées. L'auscultation révèle à droite une respiration rude avec expiration prolongée en avant et en arrière. En arrière, la toux très résonnante fait apparaître des bouffées de craquements secs. A gauche, les lésions sont plus avancées. Expiration soufflante avec craquements humides, râles sous-crépitaux assez discrets, s'entendent en avant et en arrière.

Recherchant l'existence de signes cavitaires, on n'en trouve aucun. Le pédicule bronchique ne donne pas de signe de compression.

Le *cœur* ne présente rien de particulier si ce n'est un léger *eréthisme*.

*Foie* un peu gros et non abaissé.

*L'abdomen* au palper est normal.

Les selles du sujet sont régulières, ni diarrhée, ni constipation.

*Urines* normales. Pas d'albumine ni de sucre.  
cune cicatrice de chancre ni de bubon.

*Organes génitaux*. Pas d'écoulement blennorrhagique. Au-

Température: le soir, 38°3, le matin, 37°6.

Les jours qui suivent, du 20 au 30 mai, l'état général reste le même.

Le malade qui est au repos et qui a un régime de suralimentation, ne s'améliore pas.

La température oscille sans cesse entre 37°5 le matin et 38°5 le soir. Son appétit médiocre se maintient. Sa toux est toujours aussi quinteuse et aussi fréquente. Elle ne provoque pas de vomissements et ne trouble pas trop le sommeil du malade.

Il présente quelquefois de légères douleurs thoraciques qui sont attribuables à un peu de pleurite (frottements pleuraux dans l'aisselle gauche). L'expectoration est toujours peu abondante mais toujours purulente.

Le 29 mai le malade se plaint de douleurs dans le mollet gauche. Ces douleurs, il ne les compare pas à des crampes. Elles n'ont pas le caractère fulgurant. Elles sont constantes et siègent pour lui dans la profondeur du mollet. Les masses musculaires au pincement sont en effet douloureuses. On fait quelques applications de liniment analgésique et de salicylate de méthyle. Temp. 37°2-38°.

Le 30, les douleurs persistent, s'accroissent même. Température 37°-38°.

Le 31, mêmes symptômes douloureux.

Le 1<sup>er</sup> juin, un léger œdème du mollet apparaît et des mal-léoles gauches.

Température: 38°8 le soir.

Le 2 juin, l'œdème se généralise à tout le membre inférieur gauche. Œdème blanc, dur, n'admettant pas le godet. La pression ne détermine qu'une douleur insignifiante, à l'exception toutefois du creux poplité et du mollet qui sont plus sensibles. Le doigt peut suivre les cordons veineux de la poplifée et de la fémorale, cordons gros et légèrement douloureux à la pression. Température: 37° le matin, 38°8 le soir. L'état général est toujours le même. Aucun nouveau trouble ne s'est surajouté.

Les phénomènes pulmonaires sont toujours semblables. Traitement : immobilisation en gouttière ouatée.

Le 3 juin et les cinq jours suivants, un réseau veineux superficiel apparaît à la cuisse gauche. Un peu d'hydarthrose au genou du même côté.

Le malade se plaint de talalgie. Le membre lui semble très lourd.

Le 15 juin, le membre inférieur gauche n'est absolument plus douloureux. Les cordons veineux sont insensibles au palper.

Le 15 juin, l'œdème disparaît progressivement, si bien que le 18 juin l'amélioration est telle que l'on enlève la gouttière.

Une mobilisation légère et méthodique est permise. La circulation collatérale superficielle persiste seule et reste la seule trace de la phlébite que l'on considère comme guérie le 19 juin. La phlegmatia a donc évolué en 20 jours.

Le 20 juin, l'auscultation du malade, à la visite du matin, ne montrait que les mêmes signes pulmonaire présentés par le sujet à son entrée. Prédominance des lésions au sommet gauche (craquements humide et sous-crépitaunts). L'état général de puis une dizaine de jours cependant ne semble pas s'améliorer.

Au soir du 20 juin, le malade est pris d'une hémoptysie assez abondante. Cette hémoptysie non précédée de point de côté, non accompagnée de crise de dyspnée, consistant surtout en du sang rutilant, ne peut être mise sur le compte d'un infarctus, d'une embolie pulmonaire, mais relève bien des lésions antérieures.

Le 22 juin, les hémoptysies ne se sont pas reproduites, mais le sujet semble faire une pneumonie caséeuse, dyspnée vive, prostration.

Amaigrissement rapide. Le malade présente dans le poumon droit une aire de matité avec augmentation des vibrations et rales sous-crépitaunts. L'état s'aggrave. Décès le 24 juin.

Autopsie pratiquée le 26 juin.

*Poumons* : Le droit présente quelques tubercules créacés au

sommet. La partie inférieure du lobe supérieur et le lobe moyen sont le siège d'une pneumonie caséuse typique.

Emphysème dans le reste du poumon droit et dans le poumon gauche.

Le poumon gauche contient quelques tubercules discrets non ramollis.

Nulle part il n'y a d'excavation.

*Cœur* : Flasque, gros dans sa totalité. Endocardes et valvules macroscopiquement saine. Caillots organisés dans le ventricule gauche, gros vaisseaux, aorte normaux.

*Foie* : Gras, 8.750 grammes.

*Rate, reins* : macroscopiquement sains.

*Veine Fémorale* : épaissement des parois. Bourgeon endophlébitique et caillot oblitérant incomplètement la veine au niveau de l'embouchure de la saphène.

Tronc, tibiopéronier, veine tibiale, phlébite avec oblitération complète par un caillot organisé, ce caillot se prolonge dans la poplitée par un caillot de battage.

#### OBSERVATION V (Personnelle.)

*Recueillie dans le service de M. le docteur Routier.*

Mau... Alice, 15 ans et demi. Salle Foucher, lit n° 26.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort de tuberculose pulmonaire avec laryngite, mère bien portante, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole à trois ans, coxalgie à cinq ans pour laquelle la malade est soignée à l'hôpital Trousseau. Immobilisation dans un plâtre pendant plus de six mois. Ne marche qu'avec des béquilles pendant 18 mois. Pas d'abcès froids. La guérison de la coxalgie a été complète.

Coqueluche à 8 ans. La malade n'a eu consécutivement à sa rougeole et à sa coqueluche aucun accident pulmonaire grave. Aucune bronchite tenace. La santé est en apparence très bonne depuis la coqueluche. Bon état général, bon appétit. Pas d'amaigrissement. Et ceci jusqu'à l'âge de 12 ans.

A l'âge de 12 ans, des adénites cervicales chroniques font leur apparition. Elles ne disparaîtront pas complètement. Cependant elles ont subi plusieurs fois une notable regression sous l'influence de séjour à la campagne et d'absorption d'huile de foie de morue.

Le 1<sup>er</sup> avril dernier (1904), la malade est prise d'un point de côté thoracique à gauche. Ce point de côté est à début brusque. Il s'accompagne de dyspnée, mais la toux n'est pas appréciable, l'expectoration est nulle ; tous ces accidents durent huit jours. Ils avaient été précédés et accompagnés d'un léger état de malaise général.

Le 10 avril, notre malade est prise de douleurs d'intensité moyenne dans la jambe droite.

Ces douleurs sont articulaires et péri-articulaires.

Elles prédominent à l'articulation tibio-tarsienne, entraînent une certaine impotence fonctionnelle et s'accompagnent au début d'un peu de rougeur et de gonflement des parties douloureuses. La malade est immobilisée pour ce rhumatisme peu franc et qui semble de nature suspecte pendant près de trois semaines. L'appétit de la malade diminuait, elle s'amaigrissait ; une faiblesse générale s'emparait d'elle.

Entrée à l'hôpital Necker, le 10 mai.

La veille de son entrée, la malade, qui depuis quelques jours à peine ne ressentait plus de douleurs articulaires, est prise brusquement d'un violent point de côté dans la fosse iliaque droite.

Ce point douloureux était exagéré par la pression.

Il était accompagné de vomissements alimentaires et bilieux. Le facies est un peu tiré. La température, le jour de son entrée est de 39° 5. Le pouls est à 90° mais bien frappé. L'on fait le

diagnostic d'appendicite aiguë. Le lendemain la température est encore élevée, 39° 2, le pouls aussi fréquent, l'état général est le même, mais les vomissements ont cessé. L'on pratique une injection de 500 grammes de sérum.

Le surlendemain, les phénomènes aigus disparaissent, le ventre n'est plus tendu, ne se défend plus et l'on peut percevoir dans la fosse iliaque une masse allongée peu douloureuse. M. Routier modifie son diagnostic les jour suivants : au lieu d'appendicite aiguë il dit appendicite tuberculeuse et ceci à cause du développement progressif d'une péritonite tuberculeuse classique. L'abdomen se météorisa d'abord et il apparut des alternatives de diarrhée et de constipation ; puis au bout de huit jours apparaissait un peu de matité dans les flancs, dans les parties déclives. Et, bien qu'il n'y ait pas eu de flot, il était facile de deviner la présence d'un peu du liquide. Mais rapidement la percussion permettait de déceler des zones sonores et des zones mates dans l'abdomen. La palpation montrait la formation d'un gateau dans la fosse iliaque droite et dans l'hypochondre gauche. Ces deux masses se réunissaient bientôt l'une à l'autre. Percussion et palpation déterminant la douleur exquise de contracture bien caractéristiques des lésions bacillaires.

Ces masses sont devenues par la suite plus dures et moins douloureuses. La température continue à osciller entre 37° le matin et 38° le soir.

Le 19 mai, la courbe présente une dent normale.

Le thermomètre marque 39°. L'état général étant cependant toujours le même. La malade étant à un régime lacté ne présentait aucun trouble digestif. Pas de céphalée, pas d'angine.

Le 20 mai, la malade se plaint de douleur dans le mollet gauche, douleurs peu vives.

Au soir, la jambe est un peu enflée, l'œdème gagne les chevilles, s'étend à la cuisse le lendemain. L'œdème est bientôt considérable.

Il est blanc, mais ne se laisse pas déprimer en godet par le

doigt. Au palper il n'est pour ainsi dire pas douloureux. Le membre inférieur tout entier est lourd.

Le long du trajet des veines il est permis de constater une douleur plus nette mais encore bien peu notable. Elle prédomine au creux poplitée et au triangle de Scarpa.

La malade est traitée par l'immobilisation.

La jambe est entourée d'un pansement ouaté.

Le 30 mai, le membre n'est plus aussi lourd et le peu de douleurs perçues par la malade n'existe plus. L'œdème persiste avec les mêmes caractères.

Pendant les premiers jours du mois de juin, l'on voit apparaître une légère circulation collatérale sur la cuisse gauche.

L'état général. a, pendant l'évolution de cette phlébite, été assez défectueux : amaigrissement progressif mais peu accentués. Anorexie légère.

La température oscille autour de 37° 5 à 38°.

L'auscultation plusieurs fois répétée de la malade nous montre nettement que nous avons affaire à une bacillose pulmonaire au stade d'infiltration. Le sommet gauche le plus avancé, donne en avant de la submatite à la percussion et une respiration soufflante et rude avec quelques craquements secs à l'auscultation. En arrière, submatite plus accentuée avec craquements secs et humides. Le sommet droit présente en avant une légère submatite avec résistance au doigt qui percute et une inspiration rude, expiration un peu prolongée. Résonnance de la toux. En arrière, mêmes signes. Pas de craquements secs. Absence de bruits anormaux. La région du hile du poumon est submate et on y entend une respiration bronchique. A la base gauche, il est permis de percevoir quelques frottements pleuraux. L'expectoration est nulle et n'a jamais été sanguinolente. Toux sèche et assez fréquente.

Ces phénomènes pulmonaires se sont quelque peu accentués depuis le début du séjour de la malade à l'hôpital, mais d'une façon peu notable.

## OBSERVATION VI

Observation de M. Edg. Hertz. (*Soc. méd. des Hôp.*

*Séance du 8 juin 1894.)*

Foul... Joseph, journalier, entré à l'hôpital Tenon, salle Le-long, le 12 mai 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 64 ans de néoplasme abdominal ; mère morte à 62 ans de dysenterie.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade jusqu'en 1893 où il entre dans le service de M. Gaucher à Saint-Antoine. On lui trouve de la rudesse respiratoire au sommet droit avec des signes fonctionnels à peine appréciables de tuberculose.

A l'examen. — Phlegmatia de la jambe droite avec œdème peu marqué au pied. Il guérit en trois semaines de repos, seulement. Le traitement consiste dans l'emploi d'huile de foie de morue. On constate aujourd'hui dans le sommet droit des craquements manifestes en avant et en arrière.

Le malade est anémié.

## OBSERVATION VII

M. Edg. Hirtz. *Soc. méd. des hôp., séance du 8 juin 1894.*

Cuin... Louis, âgé de 33 ans, employé, entré dans le service de M. le docteur Hirtz, le 25 septembre, salle Parrot, lit n° 15.

Entré à l'hôpital pour la toux et pour une douleur siégeant à la face interne de la cuisse droite.

Ant. hér. — Le malade ignore ce que son père est devenu. Sa mère est morte à 60 ans de pneumonie.

Ant. pers. — Comme maladie antérieure chez le malade on ne trouve que deux grippes légères qui ont guéri en quelques jours. Le malade ne toussait jamais.

Depuis deux mois, la toux a commencé. Elle s'accompagna d'amaigrissement assez marqué et surtout de transpiration abondante. Le 19 septembre le malade était pris d'une douleur sourde au niveau du creux poplité. La douleur allait progressant et le lundi, quatrième jour après le début de cette douleur, il est forcé de bander sa jambe pour pouvoir aller à son travail. Cependant il continue à travailler jusqu'au mercredi quand il est forcé de se coucher à cause d'un œdème généralisé de tout le membre inférieur.

Il reste au lit jusqu'au jeudi dans l'après-midi l'œdème avait disparu, mais la douleur avait persisté. Prenant consultation au bureau central il est envoyé à l'hôpital Tenon.

Etat actuel à l'entrée. Individu grand, svelte à figure pâle et amaigrie. A l'examen on constate sur la face interne de la cuisse une coloration lymphangitique de la peau. A la palpation on trouve un œdème dur, sans godet, et on constate un cordon dur allant de la face interne du genou à deux centimètres au-dessous de l'arcade crurale. A la pression : douleur peu marquée.

Aucune érosion du côté du membre pouvant permettre l'hypothèse de lymphangite.

Pas d'impotence fonctionnelle. Aucune altération des muscles.

*Examen des poumons.* Sonorité normale dans la région sous-claviculaire droite et gauche et dans les fosses sus et sous-épineuses.

Auscultation : En avant respiration un peu rude. En arrière, inspiration obscure, craquements nets.

Fonctions digestives normales. Cœur. foie. rate, normaux.

Au bout d'un mois le malade peut marcher.

Il sort de l'hôpital. Sous l'influence d'un régime alimentaire il a légèrement engraisé, mais les lésions pulmonaires sont restées stationnaires. Evolution de la plébite en 17 jours.

## OBSERVATION VIII

M. Edg. Hirtz (*Soc. méd. des Hôp. Séance du 8 juin 1904*).

Arn... Louis, âgé de 33 ans, camionneur, entre dans le service de M. le docteur Hirtz le 2 février 1894. Salle Lelong, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père, mère bien portants, un frère et une sœur bien portants, quatre frères et sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — A trois ans fièvre typhoïde, à vingt ans bronchite, hémoptysie pendant deux ou trois jours, il reste deux mois malade.

A 21 ans service militaire. Il passe trois ans au régiment sans maladie.

Ethylisme avoué. Bronchites fréquentes tous les hivers.

Vers Noël 1893. il est pris de douleurs névralgiques dans la nuque. Il entre à Tenon, service du docteur Hirtz, où il reste trois semaines. On constate alors des craquements secs aux deux sommets pulmonaires et une névralgie dans la nuque.

Il sort de l'hôpital, guéri des phénomènes douloureux et reprend son travail. Au bout de huit jours, il est obligé de l'interrompre et il revient le 2 février 1894, à la consultation, pouvant à peine marcher. On l'admet salle Lelong.

Etat actuel. — Le malade se plaint de vives douleurs dans les deux jambes. Il a souffert de crampes depuis quelques jours. La jambe gauche est particulièrement douloureuse. Elle présente un léger œdème. La pression et le mouvement exaspèrent la douleur continue accusée par le malade.

La marche est impossible. En palpant la partie postéro-

supérieure de la jambe gauche, au-dessous du creux poplité. on sent un cordon veineux long de 2 à 3 centimètres, dur et douloureux à la pression.

Le malade tousse un peu, cette toux est sèche. Depuis deux ans il a maigri de 4 kilogrammes. Il a des sueurs nocturnes, il dort bien. Pas de cauchemars, pas de pituités.

*Poumon.* — Auscultation : craquements secs des deux côtés. en avant et en arrière. Percussion : légère submatite dans la région des sommets.

*Cœur.* — Rien de particulier.

Diagnostic porté : Tuberculose pulmonaire à la première période. Phlébite de la jambe gauche.

Le 9 février 1894. On ne sent plus le cordon veineux toute trace d'œdème a disparu. La jambe gauche n'est plus douloureuse à la pression. Les crampes persistent.

Le 13 février, le malade se remet à marcher.

Le 16 février, l'amélioration est telle que le malade demande à sortir de l'hôpital ; la phlébite a duré 15 jours.

#### OBSERVATION IX (Résumée)

*Publiée in thèse Caillais, recueillie dans le service de M. le docteur Hirtz à Tenon.*

Mesch... François, 69 ans, fumiste, entre le 12 juin 1896, Salle Lelong, lit n° 5 bis.

Antécédents personnels et héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Entré le 12 juin. Il présente depuis le 17 mars des phénomènes de phlébite du membre inférieur gauche. Cette phlébite a été soignée à l'hôpital Andral et s'est améliorée. Elle se guérit, mais au bout de quelques temps de l'œdème réapparaît

dans la jambe droite, surtout à la cuisse. Absence de douleurs, on ne trouve aucune cause à ces phlébites.

L'auscultation du poumon du malade permet seulement de déceler une respiration un peu obscure en arrière et à gauche (au sommet), Elle s'accompagne de submatité.

Le malade sort d'Andral a peu près guéri de ses phlébites.

Il rentre le 12 juin à Tenon. On constate là que les deux membres inférieurs sont légèrement œdématisés jusqu'aux genoux et que la région inguinale gauche présente une légère circulation collatérale veineuse.

L'auscultation du poumon montre que les lésions pulmonaires se sont accentuées. De la submatité, une respiration saccadée et rude, des craquements secs sont faciles à constater. L'expectoration est toujours peu abondante, non purulente, non baccillifère.

L'état général est légèrement atteint : le sujet est pâle, anémié, amaigri mais a conservé son appétit.

Les jours suivants l'œdème post-phlébitique diminue. L'état général reste le même.

#### OBSERVATION X (Résumée)

In *Thèse* de Brun.

*Phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs. Tuberculose pulmonaire survenue ultérieurement à une première phlébite et ayant précédé une seconde phlébite.*

Homme âgé de 47 ans. Présente depuis trois semaines tous les signes d'une phlébite de la veine fémorale gauche et de la veine poplitée. A son entrée à l'hôpital Saint-Louis (16 mai 1882), il ne présente aucune autre manifestation morbide appréciable.

Peut-être, du côté du poumon, trouverait-on une expiration légèrement rude et un peu prolongée dans la fosse sous-clavière droite.

Quelques semaines après la guérison de sa phlébite, hémoptysie assez considérable. Apparition consécutive de la toux et de signes pulmonaires (râles sous-crépitants discrets).

Un mois après : apparition d'une phlébite au membre inférieur droit. Cette deuxième phlébite évolue et guérit en quelques semaines. Après la guérison de la phlébite survient alors (17 juillet) toute la symptomatologie d'une infiltration tuberculeuse massive du poumon droit. Souffle tubaire avec râles sous-crépitants, bronchophonie et matité sous la clavicule droite. Râles sous-crépitants dans les fosses sus et sous-épineuse droite. A gauche, craquements secs dans la région sous-claviculaire.

A la fin de juillet : Il est permis de constater la production de cavernes aux deux sommets. L'état général est devenu celui d'un cachectique tuberculeux.

## OBSERVATIONS XI, XII, XIII, XIV, XV

### In *Thèse* de Maricot.

Plusieurs concernent des sujets atteints de phlébite au cours d'une tuberculose pulmonaire du second degré.

XI. — Le premier sujet, un homme, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital pour une phlébite du membre inférieur droit. Cette phlébite ne s'est, pendant quelques temps, manifestée que par des douleurs sourdes et un léger œdème périmalleolaire. S'étant affirmée, le malade la soigne par un repos au lit de quatre semaines. Il présente à ce moment des lésions pulmonaires du 2<sup>e</sup> degré.

Deux mois après, c'est le membre inférieur gauche qui se

prend, présente une allure analogue à la première, un début surtout marqué par des douleurs névritiques.

XII. — Le deuxième malade, tuberculeux au second degré, est l'objet d'une phlébite récidivante du même membre inférieur gauche.

XIII. — Le troisième, d'une famille de tuberculeux, fait un mal de Pott dorso-lombaire, puis commence une tuberculose pulmonaire. Celle-ci est à peine du 2<sup>e</sup> degré que le malade fait une phlébite du membre inférieur droit. Les lésions pulmonaires prennent rapidement une allure aiguë. La phlébite guérit. Quatre mois après. Le sujet est cachectique, et de l'œdème se montre alors aux deux jambes, œdème à type cachectique.

XIV. — Un quatrième malade présente une phlébite du membre inférieur droit au cours d'une bacillose pulmonaire du 2<sup>e</sup> degré.

XV. — Un autre enfin est particulièrement intéressant. Bacillaire présentant quelques craquements humides aux deux sommets; au membre inférieur gauche: une phlébite typique, au membre inférieur droit: un léger œdème un peu douloureux peri-malléolaire. A gauche, la phlébite évolue normalement en quinze jours environ; à droite, ces phénomènes avortent et régressent en trois jours. La phlébite n'a été que pré-oblitérante et superficielle. Il y a eu chez ce malade une lésion veineuse double.

La phlegmatia qui survient chez les tuberculeux dont les lésions pulmonaires sont du premier et du second degré, diffère très peu de la phlegmatia des accouchées, celle que l'on prend pour type de description.

Nous retrouvons les mêmes symptômes fondamentaux :

L'œdème blanc, douloureux, tremblotant ;

La douleur spontanée provoquée ;

La sensation du cordon veineux dur et sensible au toucher.

L'impotence fonctionnelle, la lourdeur des membres, sont les signes habituels.

Mais ces signes physiques et fonctionnels présentent, comme nous le montrent nos observations, quelques particularités.

L'œdème débute par la cheville ou le mollet, rarement nous l'avons vu envahir, d'emblée, la cuisse. Celle-ci n'est prise que tardivement.

Cet œdème n'accepte d'ordinaire pas le godet, que ferait, dans les œdèmes cachectiques, le doigt qui déprime la peau.

Rarement l'œdème est rosé, rarement des traces de lymphangite compliquent la lésion de phlébite.

La douleur débute également dans la région du mollet ou de la cheville. Elle est généralement d'une intensité moyenne. Elle est spontanée. On peut la provoquer en pinçant les masses musculaires du mollet en recherchant les troncs veineux des saphènes, de la poplitée et de la crurale (Obs. IV).

Nous avons rencontré très souvent l'impotence fonctionnelle et, en particulier, la lourdeur du membre accusée spontanément par le malade.

Nous n'avons pas eu l'occasion de trouver des hydarthroses au cours de ces phlébites.

Une circulation collatérale assez développée est commune, et ceci tendrait à prouver que les gros troncs veineux sont oblitérés.

Ce qui caractérise surtout ces phlegmatia chez des tu-

berculeux du premier ou du deuxième degré c'est surtout leur évolution. Leur début est essentiellement insidieux.

L'ascension thermométrique qui précède la lésion veineuse n'a été retrouvée par nous qu'une seule fois (Obs. V). Généralement la courbe de température ne prévient pas, mais au cours d'une tuberculose apyretique, les premiers phénomènes qui apparaissent sont : la douleur au mollet, la douleur aux malléoles.

Ces douleurs ressemblent aux myalgies des bacillaires cavitaires, elles se passent dans l'épaisseur des masses musculaires, sans pour cela avoir le caractère de crampes. Ces douleurs sont assez sourdes.

Elles sont pendant quatre ou cinq jours le seul symptôme. Sans empêcher le mouvement, elles forcent quelquefois le malade à porter un bandage (Obs. VII). Elles vont en s'accroissant. Alors apparaît l'œdème.

Il débute au mollet ou aux malléoles, pour se généraliser à la cuisse. Quelquefois même il n'atteint pas cette région. L'œdème varie beaucoup d'importance, souvent très marqué (Obs. IV, V, VI, VII), il est d'autres fois médiocre (Obs. VIII), il est tremblotant.

Ces phénomènes, la douleur d'abord, puis l'œdème, regressent rapidement. En 15 à 20 jours tout est ordinairement terminé, il ne reste plus qu'un cordon dur que marque la veine malade. *Restitutio ad integrum*.

Ces phlébites sont quelquefois récidivantes (Obs. IX), un ou deux mois après la guérison d'une première phlébite, une deuxième peut réapparaître sur le même membre ou sur l'autre (Obs. X).

Une seule fois nous avons relevé une phlébite double,

oblitérante d'un côté, préoblitérante de l'autre (Obs. XV. th. Maricot).

Quel a été l'état général du malade ? Bon dans le cours de sa phlébite.

Cette phlébite n'a nullement influé sur le cours de la tuberculose pulmonaire. Celle-ci a évolué comme si l'accident veineux ne s'était pas produit.

Il ne nous a pas été donné de relever des embolies au cours de ces phlébites des membres.

Le pronostic de ces phlébites chez les tuberculeux à période d'état ne comporte donc pas une gravité spéciale.

L'embolie est au moins exceptionnelle, la restitution *ad integrum* est habituelle, la tuberculose des sommets n'est pas influencée mais elle évolue pour son propre compte. Une granulie ou une pneumonie caséeuse peuvent apparaître après la guérison de la phlébite (Obs. IV).

## Observations de phlébite survenue dans l'évolution d'une granulie.

### OBSERVATION XVI

*Due à l'obligeance de M. Camus, interne à la Maternité  
de l'Hôtel-Dieu.*

Chastr..., 34 ans, femme de ménage.

Antécédents héréditaires : Père mort d'une maladie de cœur.  
mère bien portante.

Antécédents personnels : Aucune maladie grave dans la jeunesse. A l'âge de 30 ans : pleurésie qui met longtemps à guérir. A 31 ans, bronchite tenace, la malade continue à tousser, s'amaigrit un peu, son appétit diminue, elle présente des sueurs au réveil. Son état général, elle l'a elle-même constaté, est de moins en moins bon. Il y a six mois, la malade contracte la syphilis, chancre génital. En ce moment, elle présente des plaques muqueuses à la vulve. Le 3 avril dernier, elle accouche d'un enfant prématuré de 7 mois et 19 jours. Cet enfant meurt 53 heures après. Il était débile, pesait deux mille deux cent soixante dix grammes. L'enfant est toujours resté cyanosé et dyspnéique. A l'autopsie, son foie, un peu augmenté de

volume, était un peu dur, criait sous le couteau, mais ne présentait ni gommes ni tubercules. Rate un peu grosse, pas de tubercules. Reins jaunâtres. Méninges : hémorrhagie assez étendue sur la partie inféro-externe de l'hémisphère gauche au niveau des lobes frontal et temporal.

Poumons normaux ; péritoine et péricarde contenant un peu de liquide.

Notre malade avait vu son état général s'aggraver un peu vers le sixième mois de sa grossesse. Sa toux s'était accentuée, ses sueurs étaient régulières et abondantes. Elle s'alita alors d'une façon définitive. Elle a, tous les soirs, quelques frissonnements et une sensation de fièvre. La voix est de temps à autre voilée.

Entrée le 3 avril, à 7 heures du matin, elle accouche de l'enfant dont nous venons de donner la relation d'autopsie. La température, le 7 avril, après l'accouchement, est de 36°6 le matin, 36°2 le soir. L'état général est grave, l'amaigrissement est manifeste, la voix est voilée, éteinte même, l'aspect blanchâtre du voile du palais fait porter le diagnostic de phtysie laryngée. La toux est assez fréquente et fatigue la malade. L'expectoration est très peu marquée et n'a pas les caractères d'une expectoration caverneuse.

Le 4 avril. L'examen du poumon donne à la percussion de la matité des deux sommets en arrière, de la submatité en avant. Augmentation de vibrations aux deux sommets. L'auscultation permet de constater l'existence d'un gros souffle bilatéral à timbre tubaire. La toux met en évidence des râles secs entendus sur toute la surface du thorax. La recherche des signes cavitaires est négative. L'état général est grave, la malade prostrée, ses lèvres sont trémulantes, la langue sèche et rôtie. Les sueurs sont abondantes. La toux est incessante mais non accompagnée d'expectoration. La constipation habituelle de la malade a fait place à une diarrhée jaune ocre (3 à 4 selles par jour) non fétide.

La température s'est élevée à 40,1 le matin, à 40,3 le soir. Le pouls est très rapide, 106 et 122.

Le 5 avril. Température 40,2 le matin, 40,6 le soir. Pouls oscille autour de 120.

Le 6 avril. Température 40,4 le matin et le soir. Pouls 116.

Le 7 avril. Température 40,6 le matin, 40,5 le soir. Pouls 130. Pendant ces trois jours, l'état de la malade a continué à être toujours le même : même toux, absence d'expectoration, même prostration. Les signes physiques pulmonaires ne sont pas modifiés.

Le 8 avril, température 40° le matin, 40° le soir ; pouls oscille autour de 130.

Nous sommes cinq jours après l'accouchement, le ventre se ballonne, devient douloureux surtout à droite, la diarrhée augmente, la prostration est plus marquée, le visage s'altère, on note un peu de délire tranquille.

L'aspect de la malade est celui d'une dothiéntérique. Pas de vomissement.

Le 9 avril, température 40°4 le matin, 41°1 le soir. Pouls au-dessus de 130. Le matin la malade présente à la jambe gauche, aux malléoles, un léger œdème. Le soir cet œdème est considérable et a envahi toute la jambe. Cet œdème est blanc. Il n'admet pas le godet quand le doigt le déprime. Il n'est pour ainsi dire pas douloureux. La recherche seule des trajets veineux pourrait provoquer un peu de douleur, surtout au niveau du creux poplité et de l'anneau du long adducteur.

Le 10 avril, la jambe gauche est deux fois plus volumineuse que la jambe droite. L'œdème a conservé les mêmes caractères.

Les phénomènes abdominaux, météorisme, douleur et diarrhée persistent. L'état général va encore s'aggravant. Température 39°5. Pouls 120 le matin. Le soir : 39°8. Pouls 126.

Le 11 avril. Même état. Température 40° et 39°5. Pouls oscille autour de 130.

Le 12 avril, température au matin 39°6. Pouls 126, au soir, 40° et 140.

La malade s'affaïsse de plus en plus et meurt le 13 avril.

Autopsie: *Poumons*. Symphyse pleurale totale et bilatérale. Pneumonie caséeuse de toute la partie supérieure et moyenne des deux-poumons.

*Cœur*. Mou, flasque.

*Foie*. Mou.

*Abdomen*. A l'ouverture il s'écoule un liquide louche, contenant quelques fausses membranes, ce liquide est fétide et d'abondance moyenne (un ou deux verres).

Dans la fosse iliaque droite les anses intestinales sont agglutinées en paquets et recouvertes de fausses membranes.

A la partie terminale de l'iléon on remarque trois plaques ovalaires allongées dans le sens de l'intestin. Violacées et ecchymotiques en leur centre, elles sont bordées d'un liseré blanchâtre semé de fines granulations. Nous pensons être en face de trois ulcérations intestinales. Au milieu de l'une d'elle l'on constate une petite perforation de la grosseur d'une tête d'épingle.

L'examen des vaisseaux du membre inférieur gauche permet de constater la présence d'un coagulum oblitérant complètement la veine fémorale au niveau de la cuisse, et au creux poplité.

L'examen histo-bactériologique de la veine n'a malheureusement pas été pratiqué.

#### OBSERVATION XVII (Résumée)

(Recueillie par A. Legroux, publiée in thèse Callais).

Sujet qui entre dans un état typhoïde, mais chez lui les phénomènes pulmonaires prédominent bientôt; d'autre part l'absence de taches fait porter le diagnostic de granulie. Ce dia-

gnostic pouvait être à peine affirmé, que survient une phlegmatia du membre inférieur gauche. La mort survient six jours après l'apparition de la phlébite.

L'autopsie permet de constater l'existence d'une infiltration granulique du poumon gauche, l'absence de cavernes.

Il y a oblitération complète de tous les troncs veineux du membre inférieur gauche.

Ce qui caractérise cette phlébite c'est essentiellement son début et son évolution insidieuse.

Survenant chez un individu dont l'état général est très grave, chez un individu dont l'aspect est souvent typhoïque, le médecin ne la découvre que par hasard.

Le malade ne se plaint pas de sa jambe.

L'examen met le clinicien en présence d'une phlébite ayant tous les caractères d'une phlegmatia alba dolens de l'accouchée.

Ces phlegmatia ont en effet les mêmes symptômes, l'évolution de la phlébite du granulique est cependant plus rapide. Elle ne se fait même jamais complètement, le malade meurt ordinairement de sa granulie avant que la phlébite approchât de sa guérison.

Cette phlébite n'est intéressante à considérer qu'à un seul point de vue. En effet, elle indique que l'infection sanguine par le bacille de Kock est très marquée.

Cette phlébite n'est pas comme on aurait pu le croire, un obstacle à la généralisation du bacille de Kock dans l'organisme.

## Phlébite chez le tuberculeux cachectiques

Les phlébites du cachectique tuberculeux ont été bien étudiées par M. Vaquez dans sa thèse. Cet auteur a nettement montré que ces phlébites étaient d'ordinaire préoblitérantes. Faire leur description serait simplement reproduire les tableaux cliniques tracés par lui. Disons seulement que la symptomatologie en est très juste.

Douleurs vagues dans la cuisse, dans le mollet, sensibilité au niveau des vaisseaux, léger œdème malléolaire. Ce sont là tous les signes physiques et fonctionnels.

Notons cependant une variété clinique, un peu particulière que M. Vaquez avait déjà signalée et dont l'étude a été reprise par M. Gallois, *la forme névritique*. La douleur occupe le premier rang dans la symptomatologie, elle est très vive. Les cordons veineux sont gros et très sensibles, l'œdème est à peu près nul, il passe inaperçu. Cela suffit pour confondre cette phlébite avec une névrite.

Une forme gangréneuse a été signalée, mais signalée une seule fois, elle ne mérite pas d'attirer l'attention.

L'évolution de la phlébite des tuberculeux cavitaires a peu d'intérêt. Insidieuse, elle se termine avec la mort du sujet.

## DIAGNOSTIC

Le problème clinique qui se pose en face d'une phlébite des membres chez un tuberculeux est différent suivant la période où se trouvent les lésions pulmonaires du malade.

A-t-on affaire à un cachectique cavitairé ?

Il ne viendra pas alors à l'esprit de l'observateur les mêmes problèmes diagnostics, que si l'on se trouve en présence d'un malade qui débute dans la bacillose. Le sujet porteur d'une phlébite fait-il entendre à l'auscultation de ses sommets des craquements humides, des râles sous crépitants ? Nous n'aurons pas non plus à discuter les mêmes hypothèses que si nous sommes en face d'un tuberculeux au premier degré ou que si nous constatons des symptômes de cavernes pulmonaires.

Envisageons d'abord le cas suivant : Le malade que nous avons à examiner est un sujet porteur d'un œdème généralisé à tout un membre.

Cet œdème a eu un début insidieux commençant par le mollet il s'est étendu en deux ou trois jours à tout le membre. L'œdème est mou et tremblotant. Il ne per-

met au doigt qui comprime d'y laisser son empreinte sous forme de godet.

Il est blanc et peu douloureux. Quelques douleurs spontanées très sourdes siégeant dans la jambe, ont bien précédé l'apparition de l'œdème, l'ont accompagnée, mais ce symptôme a bien disparu. Il est souvent passé inaperçu. En palpant les cordons veineux, même celui du creux poplité, l'observateur ne détermine que peu de douleur.

Mais ces cordons sont faciles à percevoir.

Notre malade est plus ou moins anémié, son teint pâle et ses muqueuses plus ou moins décolorées. Sa température oscille pendant quelques jours autour de 38,5-39°.

En face de ce tableau clinique, nous pensons tout d'abord à une phlébite et, en vérité, le diagnostic de phlébite ne présente que rarement des difficultés. L'œdème blanc des hystériques, décrit par Sydenham, l'œdème bleu décrit par Charcot, l'œdème dû aux varices profondes ne donnent presque jamais un tableau clinique prêtant à confusion avec celui donné par une phlébite. Ces œdèmes sont moins marqués que dans la phlegmatia, et ce sont des œdèmes durs, ils n'ont pas le caractère tremblotant.

De plus, les sujets présentent toujours quelque stigmate révélateur de la névrose. Aussi la réelle difficulté du diagnostic consiste non pas à dire s'il y a phlébite, mais quelle est la cause de la phlébite.

Notre malade ne présente les signes d'aucune maladie infectieuse, ce n'est pas un convalescent de typhoïde ou

de pneumonie. C'est simplement un sujet débilité, anémié, affaibli.

Nous aurons à nous demander si sa phlébite n'est pas dû à de la chlorose, si elle ne relève pas de l'infection syphilitique ou blennorrhagique, du traumatisme, ou enfin si elle ne va pas nous annoncer l'apparition prochaine d'une tuberculose pulmonaire.

La phlébite qui relève de l'infection spécifique arrive au cours de la période secondaire. Elle est par conséquent souvent accompagnée de manifestations cutanéo-muqueuses, mais il peut arriver qu'elle soit le seul signe actuel de la syphilis chez le malade.

Dans ce cas, l'évolution un peu spéciale de cette lésion, peut mettre sur la voie du diagnostic.

La phlébite syphilitique est une phlébite superficielle de la saphène interne, l'œdème est peu intense, moins marqué que dans la phlébite du tuberculeux.

Elle procède par poussées successives. Mais naturellement nous ferons notre diagnostic, plutôt en fouillant les antécédents du malade et plutôt en faisant son examen complet qu'en ne considérant que les caractères de notre phlébite.

La phlébite blennorrhagique et la phlegmatia relevant d'une tuberculose au début seront difficiles à différencier. En effet, rien ne les distingue nettement au point de vue clinique.

La même évolution peu douloureuse, la même localisation fémorale, un œdème dans l'un et l'autre cas, tremblotant sans être mou.

D'autre part, en face d'un sujet en puissance de tuber-

culose pouvant être doté d'une blennorrhagie, le clinicien n'a pas le droit de conclure de la présence d'une chaude-pisse à la nature gonococcique d'une phlegmatia, mais si le malade présente des signes d'infection blennorrhagique d'ordregénéral, des arthrites en particulier il y aura de fortes présomptions en faveur de la gonococcie.

La phlébite rhumatismale est plus facile à différencier d'avec la phlébite de la tuberculose au début. En effet, elle s'arrête la plupart du temps au stade préoblitérant. Elle ne frappe les veines que d'une façon très légère, et elle s'accompagne de manifestations articulaires nettes. Mais à supposer que les douleurs articulaires soient peu vives, et que l'oblitération du tronc veineux soit complète ce qui a été signalé, il est alors impossible de poser un diagnostic avec une phlegmatia prétuberculeuse.

Ajoutons en passant que bien des phlébites de cause inconnue (Cruvellhier) furent étiquetées rhumatismales, peut-être y avait-il là à faire le diagnostic de phlébite chez un tuberculeux au début.

Dire si une phlébite relève de la chlorose ou de la prébacillose paraît pour nous un problème très délicat. C'est d'ailleurs l'opinion de cliniciens des plus autorisés.

Une trentaine d'observations de phlébite chlorotique ont été publiées. Or, presque toutes ces chloroses étaient fébriles. La plupart étaient plutôt des chloroanémies que des chloroses vraies.

Ensuite, dans ces observations, les auteurs ont constaté la présence d'un autre facteur : refroidissement, grippe, pour la production de cette phlébite. Il est donc

difficile d'être très affirmatif sur la nature de certains cas de phlépites chlorotiques. Remarquons de plus que quelques-uns des malades, sujets des observations, se sont assez rapidement dirigés vers la tuberculose pulmonaire.

Nous n'en voulons pour preuve que le cas publié par M. Vaquez. Cette jeune fille de 19 ans qui, atteinte d'une chlorose fébrile, fit une phlébite et succombait au bout de deux ans d'une tuberculose pulmonaire subaiguë. M. Vaquez ajoute « sous le nom de chlorose se cachent bien souvent des affections à type plus spécifié, comme la tuberculose, bien capable, de produire des inflammations vasculaires.

L'observation de M. Hirtz, que nous avons données plus haut est absolument superposable.

Ainsi donc, pour toute sorte de raisons, nous pensons qu'il est souvent osé de trancher le diagnostic entre une phlébite chlorotique et une phlébite prébacillaire.

L'inflammation des veines peut se rencontrer à un autre stade de la tuberculose pulmonaire, au premier et au second degré. Le clinicien a en face de lui un malade qui depuis quelque jours, a vu un de ses membres envahi par un œdème : œdème assez marqué. Sa jambe est douloureuse spontanément et au palper, mais cette douleur est peu intense. Les troncs veineux sont gros et sensibles au palper. Ces phénomènes ont commencé assez insidieusement.

Ce tableau clinique ne laisse généralement pas place au doute. Le diagnostic de phlébite est facile à poser et si le clinicien continue son examen il trouve des lésions

pulmonaires nettes : craquèments secs ou humides ou râles sous-crépitants. Il devra naturellement songer à rattacher la phlébite à la tuberculose pulmonaire, surtout s'il se trouve en présence d'une tuberculose fébrile. La syphilis, la blennorrhagie peuvent s'allier à la bacilllose comme cause efficiente de la phlébite chez le même malade ; mais, à vrai dire, il est fort difficile, impossible même de faire en ce cas le départ entre les divers facteurs de la phlegmatia.

Il se peut que l'on soit en présence d'une plébite survenue chez une accouchée, atteinte de lésions pulmonaires manifestement tuberculeuses. A-t-on à faire à une phlegmatia qui relevât d'une infection puerpérale atténuée, ou qui fût une manifestation de la bacilllose ? Le diagnostic de cause en ce cas est difficile. Nous pouvons dire cependant que si la phlébite est précoce, hâtive, et peu douloureuse, il y a des chances qu'elle relevât de l'infection tuberculeuse (Obs. du présent travail). On sait, en effet, que la phlegmatia des accouchées est avant tout « dolens » et qu'elle survient d'ordinaire vers le troisième septenaire qui suit la délivrance.

Une phlébite qui présente un tableau clinique assez rapproché de celle du tuberculeux du premier ou second degré, c'est la phlébite qui survient au cours d'une granulie.

La tuberculose aiguë, qu'elle prenne la forme granulique ou pneumonique, peut être accompagnée de phlegmatia ou plutôt précédée. En général les observations nous montrent que le phlegmatia peut être le premier symptôme de l'infection bacillaire aiguë généralisée.

(Ball). Ce problème diagnostique est impossible à résoudre sans l'étude de l'évolution. C'est l'apparition de la granule ou de la pneumonie caséeuse qui éclaire le clinicien. Enfin envisageons un dernier cas : Notre malade est un tuberculeux cavitare.

La fièvre hectique est permanente chez lui depuis plusieurs semaines. Viennent d'apparaître d'une façon insidieuse des douleurs vagues dans les masses musculaires du mollet. Ces douleurs persistent plusieurs jours et leur intensité s'accroît quelquefois. Survient ensuite un léger œdème prémalléolaire, quelques veines superficielles se dessinent.

Et ce sont là tous les symptômes. Devant ce tableau clinique, on songe d'emblée à une phlébite cachectique préoblitérante qu'à si bien étudiée M. Vaquez. Cependant, il est quelque fois possible de confondre la phlébite cachectique avec l'œdème cachectique. Cette confusion est facile quand la phlébite a pris une importance un peu plus grande que d'ordinaire ; mais ce qui aidera à trancher la difficulté ce sera la notion que l'œdème cachectique est bilatéral et symétrique et non douloureux. Le diagnostic le plus ardu que l'on aura à faire en face d'un tuberculeux cavitare, sera quelque fois celui de phlébite cachectique ou de névrite. L'on sait, en effet, que la névrite est fréquente chez les tuberculeux, fréquente surtout au membre inférieur ; d'autre part, nous l'avons vu plus haut, il a été décrit des formes très douloureuses de phlébite préoblitérante, phlébite où le phénomène douleur est au premier rang et où l'œdème est à peine marqué (Gallois). Ce diagnostic ne pourra même pas être tranché par les données de la palpation. Un

cordon veineux douloureux dans les muscles du mollet, dans le creux poplité, peut être facilement confondu avec un nerf atteint de névrite, augmenté de volume et douloureux lui aussi.

D'ailleurs chez ces tuberculeux cachectiques confinés au lit, qu'importe de savoir si l'œdème d'un membre inférieur est un œdème cachectique ou relève d'une phlébite préoblitérante, qu'importe de savoir, pour la traiter, que la douleur dont se plaint le malade est due à une lésion veineuse ou à une lésion nerveuse.

## ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE et BACTÉRIOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique des phlébites des tuberculeux a tout d'abord été faite dans la variété la plus fréquente et la mieux étudiée de ces phlébites : celle des cachectiques. Cette étude, faite surtout par M. Vaquez, a permis de constater que chez les tuberculeux cavitaires les caillots de la phlébite n'oblitéraient qu'incomplètement la veine. Ces caillots pouvaient être multiples.

Dans d'autres cas, il n'existe pas de caillot isolé, mais bien une sorte de dépôt fibrineux doublant presque toute la surface circonférentielle de la tunique interne de la veine, y adhérant et ne l'oblitérant pas. L'examen histologique montrait des lésions diffuses de l'endophlèbe et de la périphlèbe. La tunique moyenne était la plus respectée.

Les vasa-vasorum étaient presque tous oblitérés.

Cette phlébite a été étudiée bactériologiquement.

M. Vaquez a conclu de ses recherches que la plupart du temps, chez les cachectiques, on rencontrait dans le caillot et dans les parois veineuses des microorganismes variés, diplocoques, streptocoques. Il cite dans sa thèse

un cas de phlébite préoblitérante, où il fut donné de trouver du bacille de Koch.

M. Chantemesse (in thèse Widal) avait rencontré le bacille de Koch dans un caillot de phlegmatia cachectique. MM. Sabrazès et Mongour ont plus récemment (1894, *Journal de Médecine de Bordeaux*) démontré l'existence du bacille tuberculeux dans les lésions d'une phlegmatia cachectique. Nous ne saurions mieux faire que de donner un résumé de leur observation. :

#### OBSERVATION (Résumée)

De MM. Sabrazès et Mongour.

Une femme de 30 ans entre dans le service de M. le professeur Pitres pour tuberculose pulmonaire à la période de cachexie. Lignes de grande caverne pulmonaire au sommet gauche, et de cavernule au sommet droit. Dans les deux dernières semaines de sa vie, elle présente une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. *A l'autopsie* : l'on trouve une thrombose de la veine iliaque primitive gauche, des veines iliaques, interne, externe et fémorales gauches. Les trois tuniques sont enflammées et en voie de dégénérescence. *Bacteriologiquement* l'on trouve, outre des microcoques arrondis, accolés deux à deux, disséminés dans toute l'épaisseur de la paroi, des bacilles de Koch localisés dans les couches externes de l'adventice, et surtout au milieu de cette bordure déchiquetée qui circonscrit la veine. Les bacilles de Koch sont surtout abondants dans les suffusions sanguines péri-veineuses. Les bacilles sont distribués irrégulièrement, isolés ou par groupe de deux ou trois, sans avoir pour substratum des follicules tuberculeux histolo-

giquement différenciés. Ces bacilles ne s'observent pas seulement à l'origine de la thrombose, mais encore au loin, sur une des ramifications de la fémorale profonde. Rareté des bacilles de Koch dans les vasa-vasorum.

Depuis ces observations anatomo-bactériologiques, le bacille tuberculeux ne nous semble pas avoir été retrouvé souvent dans les lésions de la phlegmatia cachectique (cas de Luné).

Et cependant, des examens de ces lésions ont été pratiqués et publiés. Citons entre autres une observation de Griffon (Société anatomique, 16 décembre 1898), où l'absence de bacille de Koch, l'absence de cellules géantes et de follicules tuberculeux est notée.

Cette absence du bacille de Koch et des autres micro-organismes dans les caillots et les parois veineuses enflammées a été expliquée par M. Vaquez de la façon suivante : Les agents infectieux se rencontrent toujours quand on pratique une recherche au début du processus inflammatoire, plus tard ils disparaissent.

Quoiqu'il en soit, la nature spécifique tuberculeuse de quelques phlegmatia cachectique a été nettement démontrée.

En est-il de même pour les phlébites nerveuses, chez les bacillaires à une période moins avancée de leur évolution.

A la période d'état, quand les lésions pulmonaires du malade sont du premier et du deuxième degré, la phlébite des membres n'a jamais été, à notre connaissance, matière d'un examen anatomique et bactériologique.

Les observations de ce genre sont d'abord assez rares, ensuite, comme nous l'avons vu, ces phlébites guérissent, et le malade ne meurt pas tout de suite de tuberculose.

Peut-on, de l'observation clinique, déduire l'état des lésions anatomiques. Peut-on dire que la phlébite des tuberculeux du premier et deuxième degré est oblitérante ou non ? Vouloir répondre serait s'exposer à erreur. M. Vaquez nous dit en effet que rien n'est plus trompeur que la sensation du cordon veineux. Elle autorise trop souvent à tort à affirmer l'oblitération de la veine, mais l'évolution clinique nous permet cependant d'affirmer un point : C'est la restitution *ad integrum*, l'absence de suppuration et d'oblitération définitive de la veine.

S'il a été impossible de faire des constatations bactériologiques et histologiques dans les cas de phlébites des gros troncs veineux chez les bacillaires du premier et du deuxième degré, il n'en a pas été de même dans les cas de granulie.

Chez les sujets atteints de granulie ou de pneumonie caséeuse, en effet, le pronostic est fatal, la nécrops constante.

Nous avons donné dans ce travail deux observations avec autopsie de phlébite au cours de la tuberculose aiguë.

Nos deux observations (Obs. IV et XVI) nous montrent que l'oblitération des troncs veineux a été complète. Devons-nous pour cela conclure que dans tous les cas de phlébite, au cours d'une granulie, il y a oblitération com-

plète de la veine. Non, notre conclusion dépasserait les principes de notre raisonnement.

D'ailleurs, des examens anatomiques de phlegmatia de troncs veineux autres que ceux des membres ont donné des résultats bien différents. Les lésions consistaient dans un cas en simples nodules tuberculeux implantés sur la paroi (Barety, 1892. Lo sperimentale), (phlébite de la veine cave supérieure).

Dans un autre cas, celui de Karl Weigert, la lésion consistait dans la présence de gros tubercules dans la paroi des veines pulmonaires et d'un caillot oblitérant dans une de ces veines pulmonaires. L'observation est rapportée tout au long dans le travail de K. Weigert.

Les tubercules des veines et leurs relations avec l'infection tuberculeuse du sang, mérite d'être résumée ici :

Fr. K..., 36 ans, mort d'une tuberculose miliaire généralisée aiguë.

Infiltration des poumons par des granulations miliaires. Pas de cavernes. Tuberculose du rein, de la rate, du corps thyroïde, du cœur, de la choroïde, de la moelle des os, du péritoine, de l'intestin, de l'estomac. Les ganglions mésentériques sont caséifiés. Tubercule solitaire dans la circonvolution frontale ascendante gauche. Fistule rectale opérée. Pleurésie hémorragique. Tubercules de l'endocarde. Caséification des ganglions bronchiques.

Dans une branche de 2<sup>e</sup> ordre de la veine pulmonaire gauche, à sa jonction avec une branche de 3<sup>e</sup> ordre, on trouve un thrombus. Ce thrombus adhère à l'endoveine, il est formé de stries compactes et est de couleur blanchâtre trouble. Dans une branche de 3<sup>e</sup> ordre, à la partie inférieure du lobe supérieur, se trouve un tubercule miliaire blanchâtre.

Dans une branche d'une autre veine pulmonaire venant du sommet, on trouve un autre caillot stratifié formé de gros tubercules. Ces caillots semblent devoir oblitérer complètement la lumière des vaisseaux.

L'examen histologique montre l'existence de foyers caséux dans les thrombus, et de tubercules dans les parois veineuses fortement épaissies. Ces parois font corps avec la stratification, et y envoient des prolongements riches, eux aussi, en tubercules.

La phlébite bacillaire a pu fréquemment être étudiée sur d'autres vaisseaux que les grosses veines des membres. Nous nommons les veines du parenchyme hépatique renal, surrenal et pulmonaire. Cette étude, bien résumée dans le livre de M. Letulle, nous montre que la bacilliose des veines revêt deux types bien distincts. Ou bien la paroi veineuse est atteinte d'emblée dans sa totalité. Le vaisseau est thrombosé et oblitéré complètement. Toute sa paroi est envahie par des cellules géantes.

Ou bien, dans le deuxième cas, on a affaire à une tuberculose péri-veineuse. La périphlébe et la mésophlébe sont seules infiltrées de bacilles.

La tunique interne réagit alors par une inflammation simple non tuberculeuse. Un caillot plus ou moins circonconférentiel se forme, rétrécit la lumière du vaisseau sans l'oblitérer. La lésion n'est bacillaire que dans les couches internes de la veine.

Il nous semble que ces deux processus peuvent aussi se produire dans les phlébites des membres au cours de la tuberculose granulique et à la période d'état de la tuberculose pulmonaire.

L'étude anatomo-pathologique et bactériologique de la phlegmatia des pétériberculeux est encore à faire, et pour cause. Ces malades ne meurent pas de leur tuberculose qui n'est qu'au début de son évolution. De plus, ces cas sont rares, et malheureusement il n'a pas encore été pratiqué d'autopsie de sujets de ce genre.

Ce que nous pouvons dire, c'est ce qu'avancait M. Hirtz :

Vu le peu de gêne de circulation, les localisations douloureuses, il est probable que la phlébite siège surtout dans les veines superficielles.

Probablement aussi la phlébite n'est pas souvent oblitérante. Mais l'absence d'autopsie nous empêche de conclure.

L'anatomie pathologique fait là défaut.

On ne sait non plus si les lésions sont spécifiques ; la clinique seulement permettait de le prouver.

L'expérimentation vient alors à notre aide et nous permet de trancher la question.

MM. Lesné et Ravaut ont réalisé l'expérience suivante : Ils ont injectés aseptiquement dans la veine saphène du cobaye, entre deux ligatures, des produits tuberculeux virulents.

La veine qui avait été le siège de l'injection était enflammée. Ils trouvèrent une phlébite très nette, même à la quatrième semaine qui suivait l'injection. « A l'examen histologique on constate, loin des ligatures, des lésions de phlébite et périphlébite banale, épaississement des parois, bourgeon endophlébitique pénétrant dans un caillot sanguin : le bourgeon et les parois sont infiltrées

de cellules embryonnaires : on ne trouve pas traces de lésions rappelant la tuberculose, follicules tuberculeux ou cellules géantes : en revanche l'on constate des bacilles de Koch en très grand nombre, tant dans le bourgeon que dans le caillot. Aucun autre agent pathogène n'est apparent.

MM. Lesné et Ravaut ajoutent que le bacille de Koch a créé ces phlébites bien qu'il n'y ait, au point de vue histologique, aucune lésion caractéristique (cellules géantes) de la tuberculose.

Le traumatisme dans ces expériences n'a pas été tout, et le bacille de Koch a été trouvé en grande abondance dans le caillot et le bourgeon endophlébitique.

La phlébite a donc été histologiquement banale, tandis que, au point de vue bactériologique, elle était spécifique.

Le bacille de Koch était le seul agent pathogène décelable dans la lésion.

Aucun autre microbe n'a été trouvé, ni par l'inoculation, ni par l'examen direct, ni par la culture.

Nous nous croyons suffisamment autorisés par les expériences de MM. Lesné et Ravaut, et par lecture clinique des phlegmatia tuberculeuses pour admettre la similitude des lésions obtenues par les expérimentateurs et celles qui doivent être le substratum anatomique de la phlébite de la tuberculose au début.

Nous pensons donc que dans la tuberculose au début, dans la pétuberculose, les phlébites des gros troncs veineux sont des phlébites banales au point de vue histologique, mais spécifiques au point de vue bactériologique.

## PATHOGENIE

Nous avons vu qu'au point de vue étiologique, les phlébites des tuberculeux se divisaient en deux groupes :

1° La phlébite qui relève d'une infection secondaire (microorganismes variés, c'est la phlébite du cachectique cavitaire.)

2° La phlébite qui ne dépend que du bacille de Koch.

Un point nous reste à élucider Comment les microorganismes et comment la bacille de Koch créent-ils la phlébite ?

M. Vaquez a tranché la question en ce qui concerne la phlegmatia cachectique, celle qui est due aux microcoques, staphylocoques et streptocoques. Pour lui, la plupart du temps les microorganismes viendraient du dehors de la périphlébe. Ils arriveraient par l'intermédiaire des vasa-vasorum, et après avoir envahi la tunique externe, ils gagneraient la tunique interne, y provoqueraient la formation du bourgeon endophlébitique et celle du caillot fibrineux.

Les examens anatomiques, bactériologiques ont en

effet montré à M. Vaquez que les agents infectieux étaient souvent abondants au milieu des vasa-vasorum, thrombosés et dans la tunique externe de la veine.

Certains cas de phlegmatia cachectique ne peuvent néanmoins s'expliquer que par une autre hypothèse. Le microorganisme serait tout d'abord fixé sur l'endothélium, sur un endothélium sain, et ce serait en ce cas l'endophlébite qui aurait été la première lésion.

En ce qui concerne la mode de pénétration du bacille de Koch, les réponses des expérimentateurs sont également variables.

Les uns, Weigert en particulier, prétendent que le bacille tuberculeux est véhiculé par la voie lymphatique. Ce sont d'abord les petits ganglions lymphatiques accolés aux parois des veines qui sont lésés. Ces multiples petites adénites tuberculeuses inoculeront la veine. Le bacille de Koch partira de ces ganglions pour envahir la tunique externe, puis les tuniques moyenne et interne. L'endothélium sera pris le dernier et dans sa réaction inflammatoire, provoquera la précipitation de la fibrine et la formation du caillot.

Mais d'autres opinions se sont fait jour.

Benda (Société de médecine berlinoise, 15 mars 1899). a constaté expérimentalement que des bacilles isolés peuvent se fixer sur la tunique interne du vaisseau et y former un foyer tuberculeux. MM. Cornil et Babès adoptent également cette idée de l'infection par la voie de la grande circulation.

MM. Lesné et Ravaut ont, nous l'avons déjà dit, réalisé expérimentalement des phlébites ayant pour cause

unique la bacille de Koch. Dans leur expérience, le bacille tuberculeux était versé directement dans la grande circulation. Il créait une phlébite qui était à bacille de Koch. Celui-ci se rencontrait presque uniquement dans le bourgeon et dans le caillot. Les lésions des tuniques moyennes et externes étaient histologiquement banales, nullement spécifiques. Ces tuniques ne contenaient pas de bacilles tuberculeux.

Pour nous résumer, concluons ainsi :

Les microcoques variés, de même que le bacille de Koch, attaquent la veine, soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors.

Dans le premier cas, l'infection se fait par voie lymphatique ou capillaire.

Dans le deuxième cas, l'infection se fait par la voie de la circulation générale.

## TRAITEMENT

Le traitement des phlébites des tuberculeux ne présente rien de bien spécial. Il diffère peu du traitement de la phlébite en général. Nous n'indiquerons ici que les particularités.

Dans la phlébite de la tuberculose au début, nous nous contenterons de calmer les douleurs et d'immobiliser le malade. L'immobilisation sera de courte durée. Cette phlébite a, en effet, une évolution rapide et n'est pas embolisante.

Les mêmes indications seront bonnes pour la phlébite du tuberculeux à la période d'état. Peu embolisante également, elle ne réclame qu'une immobilisation de courte durée.

Le traitement de ces phlegmatia consistera surtout en soins consécutifs à la guérison de la phlébite. Massage et mobilisation, contention, doivent être la plupart du temps utilisés au cours de la convalescence des phlegmatia des tuberculeux.

La phlébite de la granulie et la phlébite cachectique ne réclament qu'une médication symptomatique.

## CONCLUSIONS

La phlébite des membres se rencontre à toutes les périodes de la tuberculose pulmonaire.

A la période cachectique, la phlegmatia est assez fréquente et bien connue.

Elle se rencontre aussi, mais plus rarement, aux stades de prétuberculose et de bacillose pulmonaire au premier et deuxième degré et au cours de la granulie.

La phlébite de la période cachectique relève la plupart du temps d'infections secondaires; elle est préoblitérante.

Celle de la prétuberculose et celle de la tuberculose pulmonaire à la période d'état semblent dépendre le plus souvent de l'action spécifique du bacille de Koch. Il en est de même de la phlegmatia qui survient au cours d'une granulie.

Dans la phlébite qui survient chez les prétuberculeux, l'oblitération des troncs veineux n'est probablement que partielle. Dans celle que l'on rencontre chez le malade atteint de tuberculose pulmonaire au premier et au second degré ou de granulie, la veine est soit complètement, soit partiellement oblitérée.

Le problème clinique qui se pose en face d'une phlébite chez un tuberculeux n'est pas le même suivant les périodes auxquelles se présente ce malade. Il est surtout intéressant à la période de pré tuberculose. L'existence d'une phlegmatia chez le sujet suspect, donne un appoint au diagnostic de l'infection bacillaire.

Le traitement des phlébites des tuberculeux ne comporte aucune indication spéciale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
HUTINEL.

Vu : LE DOYEN,  
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,  
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉME DE PARIS,  
L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARNOLD J. — Beitrage z. Adat. d. miliar. Tuberk (*Virchow. Archiv.* 1882.)
- AUMONT. — Etude critique sur la pathog. des phlébites infectieuses, *Th.* Bordeaux, 1896.
- BENDA. — Berlin. Klin. Woch. n° 12, 1884.
- Soc. med. berlinoise, 1889, 15 mars.
- BENDA et HELBING. — Soc. med. berlinoise, 22 mars 1899.
- BALL. — Phlébite et granulie. *Gaz. hebd. med. chirurg.*
- BOURDILLON. — Phlébite et chlorose. *Th.* Montpellier 1891.
- BOUYSSON. — Phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. *Th.* Montpellier 1901.
- BOINET. — Assoc. franc. pour avanc. des sciences 1891.
- BOUCHUT — Oblitération veineuse spontanée non puerpérale. *Gaz. méd. de Paris* 1844, p. 302.
- BOUGNE. — Phleg. alba. dolens dans cach. tub. *Th.* Paris 1894.
- CORNIL et BABES. — Académie de médecine 24 avril et 1<sup>er</sup> mai 1883.
- Les Bactéries, 1886.
- CORNIL et MARIE. — De la physiologie pathologique des thromboses et des coagulations sanguines. Congrès de Moscou, 1897.

- CRUVEILHIER. — Anat. path. t. II. art. Phlébite. in Dict. de med. et chirurgie pratique.
- CHANTEMESSE. — In *Thèse* Vidal. Phlegmatia cachectique et bacille de Koch.
- CALLAIS. — Essai sur la phlébite précoce des tuberculeux. *Th.* de Paris 1896.
- DE BRUN. — Phegmata alba dolens, *Th.* Paris 1881.
- DAGUILLON. — Phlébite primitive. *Th.* Paris 1894.
- DAMASCHINO. — Recherches sur les altérations anatomiques de la phegmata.
- ETIENNE. — Endocardite tuberculeuse. *Arch. de med. expér.* 1898.
- GALLOIS. — Formes frustes de la phlegmatia. Plébite pseudo-névritique. *Bull. méd.* 1898.
- HIRTZ EDG. — Phlébite précoce des tuberculeux. Soc. méd. des Hôpitaux 1894.
- HANEAU. — Virchow. Arch. Bd. C. VIII, p. 221, 1887.
- HANOT et MATHIEU. — Phegmata alba dolens dans les cours de la chloros. *Arch. gén. méd.*, déc. 1877, p. 676.
- HAYEM. — Phlegm. alba dolens et coag. sang. intravasc. *Gaz. hôp.* 1895.
- JACCOUD. — Phlébites multiples. Clinique. publiée dans *Bull. méd.*, 1895, p. 707.
- LANCEREAUX. — Anat. path. t. I. et II.
- LEGROUX. — Coagulat. du sang dans les veines et oblitération spontanée de ces vaisseaux. *Gaz. heb.* 1860, p. 57.
- LESNE-RAVAUT. — Pathogénie des plébités chez les tuberculeux. *Sem. méd.*
- LETULLE. — Anatomie pathol. Cœur. Vaiss. Poumon. Paris 1897.
- MUSELIER et NOURRIE. — Art. Thrombose. Dict. encycl. des Sc. méd.
- MUGGE. — Virchow. Archiv., 79, Bd. L. XXVI, p. 243.
- MARICOT. — *Th.* de Paris, de la phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. 1900.

- PHILLIPSON. — Phlébite nodulaire nécrotique contribution à l'étude des tuberculides. *Arch. fur dermat. und syph.*, 1901, LV.
- PONFICK. — Berl. Klin. Wochenschr., p. 673, 1877.
- PROBY. — Thrombose chlorotique. *Th.* Lyon, 1889.
- RENDU. — Phlegmatia alba dolens et chlorose. Soc. méd. 30 avril 1890.
- VAQUEZ. — Thrombose cachectique, *Th.* Paris 1890.
- Période préoblitérante de la phlébite chez les cachectiques 1891. Soc. de biol., 19 déc. et *Bull. méd.* 20 déc.
- Evolution générale des phlébites. Soc. anat. 1892. Clinique médicale de la Charité.
- VAQUEZ et MALLET. — Trombose de la sous-clavière chez un tuberculeux. *Bull. soc. ana.* 1889, p. 455.
- WIDAL. — *Th.* Paris 1889.
- WEIGERT. — *Archiv. fur. path. anat. und phys. fur Klein med.* Vol. LXX, XVII, mai 1882. Les tubercules des veines et leur relation avec l'infection tub. du sang.
- WEIGERT. — Berliner Klin. Wochensch. 14 janvier 1884, p. 29-30.